

Nombre del cliente:

Oficina:

Fecha de evaluación:

Nombre del Funcionario:

Empleado:

Fecha de impresión:

Resumen del Servicio

Nombre del cliente:

Fecha de la Evaluación:

Dirección:

Teléfono:

Ext.:

Funcionario:

Sexo:

Edad:

Tel. del Funcionario:

Ext.:

Contacto de emergencia:

Teléfono:

Tipo:

() -

Cuidador suplente:

Teléfono:

Tipo:

() -

Idioma
Principal:

¿Habla inglés?

¿Requiere intérprete?

Substituto para tomar decisiones

Tipo:

Name:

Teléfono:

Tipo:

() -

Doctor principal:

Teléfono:

Tipo:

() -

Apoyo informal:

Nombre y Apellido

Teléfono

Apoyo formal:

Nombre y Apellido

Teléfono

Spanish

Client Name:

Date printed:

Assessment Date

Page:

Servicios

El cliente es elegible para:

Plan:

Clasificación:

Tarifa diaria:

Horas por mes:

Cuidado Personal

Autorización #1 _____

Autorización #2 _____

Autorización #3 _____

Total de horas autorizadas _____

El cliente ha declinado la asistencia en las siguientes tareas:

Estas son las necesidades del cliente, quién lo ayuda y en qué, y el horario preferido del cliente:

El proveedor:

Cubrirá las siguientes necesidades:

Horario:

Día	Período de tiempo	Hora de comienzo	Hora de terminación

El proveedor

Cubrirá las siguientes necesidades:

Horario:

Día	Período de tiempo	Hora de comienzo	Hora de terminación

Spanish

Client Name:

Date printed:

Assessment Date

Page:

El proveedor :
Cubrirá las siguientes necesidades :

Horario:

Día	Período de tiempo	Hora de comienzo	Hora de terminación

Equipo:

Tipo	Quién	Fecha de cumplimiento

Metas del cliente:
Descripción breve de la meta:

Estado: **Quién:**

Descripción completa de la meta:

Descripción breve de la meta:

Estado: **Quién:**

Descripción completa de la meta:

Descripción breve de la meta:

Estado: **Quién:**

Descripción completa de la meta:

Descripción breve de la meta:

Estado: **Quién:**

Descripción completa de la meta:

Plan NSA:

Descripción NSA:

Nombre del encargado del caso:

Número de teléfono del encargado del caso:

La responsabilidad del encargado del caso es:

1. Realizar evaluaciones y re-evaluaciones para determinar si el cliente puede participar en el programa y para autorizar el pago de los servicios.
2. Desarrollar un plan de cuidados con la participación del cliente.
3. Verificar que los servicios se provean de acuerdo al plan de cuidados y modificar el plan si es necesario.

Los clientes tienen el derecho de rechazar los servicios del encargado del caso excepto por los indicados en los puntos 1, 2 y 3 arriba mencionados.

Estoy al tanto de todas las alternativas disponibles para mí, y estoy de acuerdo con el plan de servicios indicado arriba. Yo autorizo al Departamento de Servicios Sociales y Salud (Department of social and Health Services - DSHS) y al Representante de la red Ancianos (Aging network Representative) para que obtengan o divulguen la información necesaria para el desarrollo de mi plan de servicios.

Firma del cliente/Representante

Fecha

Proveedor

Fecha

Firma del Funcionario de Servicios Sociales/Encargado del caso

Fecha

Spanish

Client Name:

Date printed:

Assessment Date

Page: